

# Social Security Administration (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) Ważne informacje



**NINIEJSZY DOKUMENT MA CHARAKTER WYŁĄCZNIE  
INFORMACYJNY. PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ KOLEJNYCH  
STRON. NINIEJSZY ARKUSZ NIE JEST WNIOSKIEM.**

## **Dodatkowa pomoc finansowa na zakup leków na receptę.**

Program refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare daje możliwość wyboru planu pokrywającego koszty leków nabywanych z przepisu lekarza. W ramach programu refundacji leków na receptę Medicare może przysługiwać dodatkowa pomoc finansowa na opłacenie comiesięcznych składek, rocznego udziału własnego oraz dopłat do leków.

Aby jednak otrzymać pomoc, **należy najpierw wypełnić wniosek, włożyć go do załączonej koperty i wysłać**. Wniosek można również wypełnić na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Po rozpatrzeniu wniosku wyślemy list z informacją, czy dodatkowa pomoc istotnie przysługuje. Aby móc skorzystać z dodatkowej pomocy finansowej, należy przystąpić do planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare.

Jeśli potrzebna będzie pomoc przy wypełnianiu wniosku, prosimy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Dalsze informacje można znaleźć na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

## **Pomoc w opłacaniu innych kosztów Medicare można również uzyskać ze strony władz stanowych w ramach programów oszczędnościowych Medicare (Medicare Savings Programs).**

Wypełnienie niniejszego formularza rozpoczyna proces ubiegania się o pomoc w ramach programu oszczędnościowego Medicare. Informacje zostaną przesłane do władz stanowych osoby składającej wniosek, które skontaktują się z nią w celu dopomożenia jej w złożeniu wniosku o pomoc w ramach programu oszczędnościowego Medicare, o ile nie zadecyduje ona inaczej w odpowiedzi na pytanie 15 niniejszego formularza.

Aby uzyskać informacje o programach oszczędnościowych Medicare, planach refundacji leków na receptę Medicare lub o tym, jak przystąpić do planu, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-MEDICARE** (TTY **1 877-486-2048**) lub odwiedzić stronę internetową [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Można także poprosić o informacje o tym, jak skontaktować się z lokalnym Stanowym Programem Pomocy w Ubezpieczeniach Zdrowotnych (SHIP). Program SHIP oferuje pomoc w kwestiach dotyczących ubezpieczenia Medicare.

Prosimy wysłać wniosek jeszcze dzisiaj.

Michael J. Astrue  
Administrator

# Ogólna instrukcja dotycząca wypełniania wniosków o dodatkową pomoc w pokryciu kosztów ponoszonych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare



## Jeżeli osobie składającej niniejszy wniosek pomaga w jego wypełnieniu ktoś inny \_\_\_\_\_

Prosimy odpowiadać na pytania tak, jakby ta osoba sama wypełniała wniosek. Konieczna będzie znajomość numeru ubezpieczenia społecznego oraz sytuacji finansowej tej osoby. Prosimy również wypełnić część B na stronie 6.

**Czy osoba składająca wniosek posiada ubezpieczenie Medicare, otrzymuje płatności Dodatkowej Zapomogi Rządowej (SSI) lub posiada jednocześnie ubezpieczenia Medicare i Medicaid?**

Jeżeli odpowiedź brzmi **TAK**, prosimy nie wypełniać wniosku, ponieważ dodatkowa pomoc zostanie przyznana automatycznie.

**Czy stanowy program Medicaid płaci za osobę składającą wniosek składki Medicare z tytułu jej przynależności do programu oszczędnościowego Medicare?**

Jeśli odpowiedź brzmi **TAK**, osoba składająca wniosek powinna skontaktować się z oddziałem Medicaid w swoim stanie, aby uzyskać więcej informacji. Może ona otrzymać dodatkową pomoc automatycznie, a wypełnienie niniejszego wniosku może nie być konieczne.

## Jak wypełniać wniosek \_\_\_\_\_

- Należy używać wyłącznie **CZARNEGO TUSZU**;
- **Cyfry, litery i znaki X** należy wpisywać wewnątrz kratek; używać wyłącznie wielkich liter;
- Nie dopisywać żadnych odręcznych uwag na wniosku;
- Przy wpisywaniu kwot pieniężnych nie używać znaku dolara; i
- Centy można zaokrąglać do pełnych dolarów.

**PRZYKŁAD**

Wstawić X w kratce. **NIE** wypełniać i **NIE** zaznaczać kratek „fajkami”.

<b>PRAWDŁOWO</b>	<b>NIEPRAWDŁOWO</b>

**PRZYKŁAD**

Wpisywać odpowiedzi, używając wielkich liter. 

A	B	C	D
---	---	---	---

## Wypełnianie wniosku \_\_\_\_\_

Wniosek można wypełnić przez Internet na stronie [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) lub wysłać wypełniony i podpisany formularz w załączonej (opłaconej i zaadresowanej) kopercie na adres:

**Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Prosimy o odesłanie niniejszego pakietu wnioskowego w załączonej kopercie. Prosimy nie przysyłać niczego innego w kopercie. Jeżeli będą nam potrzebne dodatkowe informacje, sami skontaktujemy się z osobą składającą wniosek.

**UWAGA:** Osoba składająca wniosek musi mieszkać w jednym z 50 stanów USA lub w Dystrykcie Kolumbii.

## W przypadku pytań lub konieczności uzyskania pomocy przy wypełnianiu niniejszego wniosku-

Prosimy dzwonić pod bezpłatny numer **1-800-772-1213**. Osoby głuche lub słabosłyszące mogą dzwonić pod specjalny numer TTY: **1-800-325-0778**.



**Wniosek o dodatkową pomoc w pokryciu kosztów ponoszonych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare**

**NINIEJSZY FORMULARZ JEST WNIOSKIEM O DODATKOWĄ POMOC, A NIE PODANIEM O PRZYSTĄPIENIE DO PLANU REFUNDACJI LEKÓW NA RECEPTĘ UBEZPIECZENIA MEDICARE.**

1. Imię i nazwisko osoby składającej wniosek: Wypełnić drukowanymi literami, **tak jak widnieje na posiadanej karcie ubezpieczenia społecznego**. W każdą kratkę wpisać jedną literę.



IMIĘ

NAZWISKO



LITERA DRUGIEGO IMIENIA

PRZYROSTEK (Jr, Sr itp.)



NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

DATA URODZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (MM-DD-RRRR)

2. Jeżeli jest Pan/Pani **żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem**, proszę podać poniższe informacje o swoim współmałżonku, **tak jak widnieją one na karcie ubezpieczenia społecznego współmałżonka**. Jeżeli nie jest Pan/Pani aktualnie żonaty/zamężna, Pana/Pani współmałżonek nie zamieszkuje razem z Panem/Panią lub jest Pan/Pani wdowcem/wdową, proszę przejść do pytania 3 i nie wpisywać żadnych informacji dotyczących współmałżonka w niniejszym wniosku.



IMIĘ

NAZWISKO



LITERA DRUGIEGO IMIENIA

PRZYROSTEK (Jr, Sr itp.)



NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓŁMAŁŻONKA

DATA URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA (MM-DD-RRRR)

Jeżeli Pana/Pani współmałżonek ma ubezpieczenie Medicare, to czy pragnie się on również ubiegać o dodatkową pomoc?

TAK

NIE

3. Jeżeli jest Pan/Pani **żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem**, to czy wartość Państwa oszczędności, inwestycji lub nieruchomości przekracza kwotę 25 260 USD? Jeżeli nie jest Pan/Pani żonaty/zamężna lub Pana/Pani współmałżonek nie zamieszkuje razem z Panem/Panią, to czy wartość tych zasobów przekracza sumę 12 640 USD? **Proszę NIE uwzględniać domu, w którym Państwo mieszkają, posiadanych pojazdów, przedmiotów osobistego użytku, działek cmentarnych, nieodwołalnych umów dotyczących pochówku ani zwrotów płatności z ubezpieczenia społecznego lub SSI.**

TAK

Jeżeli wstawił/a Pan/Pani  w kratce TAK, dodatkowa pomoc Panu/Pani nie przysługuje. Władze stanu mogą jednak być w stanie pomóc Panu/Pani w opłacaniu składek Medicare poprzez ich programy oszczędnościowe Medicare. Aby rozpocząć proces ubiegania się o pomoc w ramach programów oszczędnościowych Medicare, prosimy przejść do strony 6, podpisać niniejszy wniosek i przesłać go do nas. Jeśli nie interesują Pana/Panią programy oszczędnościowe Medicare, prosimy przejść do pytania 15 na stronie 5.

NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ

Jeżeli wstawił/a Pan/Pani  w kratce NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ, proszę wypełnić wniosek do końca i przesłać go do nas.



Jeżeli wstawił/a Pan/Pani  w kratce NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ w pytaniu 3, proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem, proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania za siebie i za współmałżonka.

4. Proszę wyszczególnić w poniższych kratkach kwoty pieniężne posiadane przez Pana/Panią, Pana/Pani współmałżonka (jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują) lub wspólnie, na wszystkich Państwa kontach bankowych, w postaci inwestycji lub gotówki. Proszę również wyszczególnić zasoby posiadane do spółki z inną osobą. Proszę podać kwoty w dolarach, bez numerów kont. Jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek nie posiadają żadnej z wymienionych pozycji, indywidualnie lub do spółki z inną osobą, proszę wstawić  w kratce NIE DOTYCZY. NIE należy podawać zwrotów płatności z ubezpieczenia społecznego lub SSI otrzymanych w ciągu ostatnich 10 miesięcy.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Łączna suma na wszystkich kontach bankowych (czekowych, oszczędnościowych oraz świadectwa lokaty)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Łączna wartość wszystkich akcji, obligacji, bonów oszczędnościowych, udziałów w funduszach inwestycyjnych, indywidualnych kont emerytalnych lub innych podobnych inwestycji</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wszelka inna gotówka przechowywana w domu lub w innym miejscu</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Czy środki pochodzące z któregośkolwiek ze źródeł wymienionych w pytaniu 4 zostaną częściowo wykorzystane na opłacenie kosztów pogrzebu?

Jeśli TAK, proszę przejść do pytania 6.

Jeśli NIE, proszę wstawić  w kratce NIE, a następnie przejść do pytania 6.

PAN/PANI:  NIE      WSPÓLMAŁŻONEK:  NIE

6. Czy poza domem i działką, na której dom jest usytuowany, posiada Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek (jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują) jakiegokolwiek inne nieruchomości? Przykładami takich innych nieruchomości są domy letniskowe, nieruchomości do wynajęcia lub nie eksploatowane działki w Państwa posiadaniu.

TAK       NIE

7. Nie licząc Pana/Pani współmałżonka, w przypadku pozostawiania z związku małżeńskim, koszty utrzymania ilu krewnych mieszkających wspólnie z Państwem ponosi Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek przynajmniej w połowie? Za krewnych uważane są osoby związane więzami krwi, spokrewnione przez małżeństwo lub adopcję..

Proszę wstawić znak  tylko w jednej kratce. Proszę nie wliczać siebie ani swojego współmałżonka. Jeśli Pan/Pani i Pana/Pani współmałżonek mieszkają jedynie we dwoje, proszę wstawić X w kratce NIE DOTYCZY.

NIE DOTYCZY    1    2    3    4    5    6    7    8    9 lub więcej



8. Jeżeli otrzymuje Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek (jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują) **dochody** z niżej wymienionych źródeł, proszę odpowiedzieć na pytania za siebie i za współmałżonka. Proszę wpisać łączną sumę otrzymywaną comiesięcznie. **Jeżeli dochód jest inny każdego miesiąca lub nie uzyskuje go Pan/Pani każdego miesiąca, proszę wpisać średni miesięczny dochód z ostatniego roku** w odpowiednich rubrykach. Proszę nie wymieniać zarobków, dochodów z pracy na własny rachunek, dochodów z odsetek, zasiłków społecznych, zwrotów kosztów leczenia ani płatności za opiekę w rodzinie zastępczej. Jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek nie otrzymujecie dochodów z któregoś z podanych niżej źródeł, proszę wstawić X w kratce **NIE DOTYCZY** w wierszu dla tego źródła.

		Prestations mensuelles
• Świadczenia z ubezpieczeń społecznych <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Emerytura kolejowa <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Świadczenia weteranów <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Inne emerytury lub renty <b>przed odliczeniem potrąceń</b> . Proszę nie uwzględniać żadnego ze źródeł dochodów wymienionych w pytaniu 4.	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Inny dochód nie wymieniony powyżej, w tym alimenty, dochody netto z wynajmu lokali, odszkodowania pracownicze, prywatne albo stanowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy itp. (Proszę wyszczególnić): _____	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Czy któraś z sum wymienionych w pytaniu 8 uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?

TAK  NIE

**Jeżeli pracował/a Pan/Pani przez ostatnie dwa lata, proszę odpowiedzieć na pytania od 10 do 14. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna, mieszka Pan/Pani ze swoim współmałżonkiem i którekolwiek z Państwa pracowało w ciągu ostatnich dwóch lat, proszę odpowiedzieć na pytania od 10 do 14. W przeciwnym razie proszę przejść do pytania 15.**

10. Jakich zarobków przed opodatkowaniem i odliczeniem potrąceń spodziewa się Pan/Pani w tym roku **kalendarzowym**?

PAN/PANI:  **NIE DOTYCZY** \$    ,    .

WSPÓLMAŁŻONEK:  **NIE DOTYCZY** \$    ,    .



11. Jeżeli pracuje Pan/Pani na własny rachunek, jakich zarobków netto spodziewa się Pan/Pani w tym roku kalendarzowym?

Proszę wstawić znak  w kratce NIE DOTYCZY, jeżeli nie pracuje Pan/Pani na własny rachunek, i przejść do pytania 12.

PAN/PANI:  NIE DOTYCZY \$   ,   .

WSPÓŁMAŁŻONEK:  NIE DOTYCZY \$   ,   .

Proszę wstawić  w kratce/kratkach, jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek spodziewacie się strat netto.



PAN/PANI:  WSPÓŁMAŁŻONEK:

12. Czy sumy podane w pytaniach 10 lub 11 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?

TAK  NIE

13. Jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek przestał/a pracować w roku 2010 lub 2011 lub zamierza przestać pracować w roku 2011 lub 2012, proszę podać miesiąc i rok.

**PRZYKŁAD**

Od stycznia do września wstawić zero (0) w pierwszej kratce. Maj 2010 powinien wyglądać w następujący sposób:

0	5	2	0	1	0
M	M	R	R	R	R

PAN/PANI:   2 0    
M M R R R R

WSPÓŁMAŁŻONEK:   2 0    
M M R R R R

Jeżeli ma Pan/Pani mniej niż 65 lat, proszę odpowiedzieć na pytanie 14. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna, mieszka Pan/Pani ze swoim współmałżonkiem i którekolwiek z Państwa ma mniej niż 65 lat, proszę odpowiedzieć na pytanie 14. W przeciwnym razie proszę przejść do pytania 15.

14. Czy Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek ponosi wydatki związane z umożliwieniem wykonywania pracy? Jeżeli Pan/Pani pracuje, pobierając jednocześnie świadczenia z ubezpieczeń społecznych z powodu niesprawności lub utraty wzroku, i ponosi Pan/Pani nierefundowane wydatki związane z pracą, przy obliczaniu limitu Pana/Pani dochodów będzie brana pod uwagę tylko część zarobków. Przykładami wydatków związanych z pracą są: koszty leczenia oraz leków na AIDS, na raka, depresję lub padaczkę, koszty zakupu wózka inwalidzkiego, usług opieki osobistej, modyfikacji pojazdu, koszty wynajęcia kierowcy lub innych specjalnych potrzeb transportowych związanych z pracą, koszty technologii pomagającej w wykonywaniu pracy, wydatki na psa-przewodnika, na aparaty wspomagające zmysły i wzrok oraz koszty tłumaczeń na język Braille'a.

PAN/PANI:  TAK  NIE

WSPÓŁMAŁŻONEK:  TAK  NIE

15. **Informacje na temat programów oszczędnościowych Medicare:** Może Pan/Pani także uzyskać pomoc ze strony władz stanowych w opłacaniu kosztów Medicare w ramach programów oszczędnościowych Medicare. Aby rozpocząć proces ubiegania się o pomoc w ramach programów oszczędnościowych Medicare, Urząd Ubezpieczeń Społecznych prześle informacje z niniejszego formularza do Pana/Pani władz stanowych, o ile nie zadecyduje Pan/Pani inaczej. **Jeśli pragnie Pan/Pani uzyskać pomoc w ramach programów oszczędnościowych Medicare, prosimy nie odpowiadać na to pytanie. Prosimy podpisać i opatrzyć datą wniosek, a władze stanowe same się z Panem/Panią skontaktują.**

Jeśli **nie** jest Pan/Pani zainteresowany/-a złożeniem wniosku o pomoc w ramach programów oszczędnościowych Medicare, proszę wstawić  w kratce poniżej.

Nie, proszę nie przysyłać informacji do władz stanowych.



## Podpisy

### WAŻNE INFORMACJE – PROSIMY UWAGNIE PRZECZYTAĆ

Zdaję/zdajemy sobie sprawę, że Urząd Ubezpieczeń Społecznych (SSA) sprawdzi podane przeze mnie/nas informacje i porówna je z informacjami będącymi w posiadaniu innych agencji rządu federalnego, stanowego i lokalnego, łącznie z Urzędem Podatkowym (IRS), w celu podjęcia właściwej decyzji.

Składając niniejszy wniosek, upoważniam/upoważniamy Urząd Ubezpieczeń Społecznych do pozyskania i ujawnienia informacji dotyczących mojego/naszych dochodów, innych zasobów finansowych, majątku krajowego i za granicą, zgodnie z obowiązującym prawem o ochronie prywatności. Informacje te mogą m.in. dotyczyć moich/naszych zarobków, stanu na kontach bankowych, inwestycji, świadczeń i emerytur.

O ile nie odpowiedziałem/-am/odpowiedzieliśmy „Nie” na pytanie 15, upoważniam/upoważniamy niniejszym Urząd Ubezpieczeń Społecznych do ujawnienia władzom stanowym podanych powyżej informacji o naszej sytuacji finansowej oraz innych danych z moich/naszych akt umożliwiających bezpośrednią identyfikację, takich jak mojego/naszego nazwiska/nazwisk, daty urodzenia, płci i numeru/-ów ubezpieczenia społecznego w celu rozpoczęcia procesu ubiegania się o pomoc w ramach programów oszczędnościowych Medicaid.

Niniejszym oświadczam/oświadczamy, w pełni świadom/a/świadomi odpowiedzialności karnej za krzywoprzysięstwo, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku zostały przeze mnie/nas sprawdzone i, o ile mi/nam wiadomo, są poprawne i zgodne z prawdą.

**Proszę wypełnić część A. Jeżeli nie może Pan/Pani złożyć swojego podpisu, może to zrobić Pana/Pani przedstawiciel. Jeżeli inna osoba pomagała Panu/Pani w wypełnieniu tego wniosku, proszę również wypełnić część B.**

#### Część A

Pana/Pani podpis:	Data:	Numer telefonu: ( _____ ) _____ – _____
Podpis współmałżonka:	Data:	
Pana/Pani adres:		Nr mieszkania:
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:

Jeżeli w ciągu ostatnich trzech miesięcy zmienił/a Pan/Pani adres, proszę wstawić  w tym miejscu: [ ]

Jeżeli woli Pan/Pani, abyśmy kontaktowali się z kimś innym w Pana/Pani imieniu w razie dodatkowych pytań z naszej strony, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu, pod którym można ją zastać w ciągu dnia.

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: ( _____ ) _____ – _____
---------------------------	-------------------------------	--------------------------------------------

#### Część B

Jeżeli ktoś inny pomagał Panu/Pani w wypełnieniu tego wniosku, proszę wstawić  w kratce odpowiadającej opisowi tej osoby, a także o podanie pozostałych informacji wymaganych poniżej.

<input type="checkbox"/> Członek rodziny	<input type="checkbox"/> Prawnik	<input type="checkbox"/> Inny pełnomocnik	<input type="checkbox"/> Inna osoba (określić): _____
<input type="checkbox"/> Przyjaciół	<input type="checkbox"/> Agencja	<input type="checkbox"/> Pracownik opieki społecznej	

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: ( _____ ) _____ – _____
Adres:		Nr mieszkania:
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:



## Prawo do zachowania prywatności / Ustawa dot. ograniczenia używania formularzy papierowych

---

Artykuł 1860 D-14 *ustawy o ubezpieczeniach społecznych* upoważnia do zbierania informacji wymaganych w niniejszym wniosku. Podane informacje zostaną wykorzystane przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych (SSA) do orzeczenia, czy przysługuje Panu/Pani pomoc w opłaceniu kosztów własnych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare. Udzielenie tych informacji nie jest obowiązkowe. Jeżeli jednak nie otrzymamy od Pana/Pani wymaganych informacji, nie będziemy w stanie podjąć prawidłowej i szybkiej decyzji w sprawie Pana/Pani wniosku. Informacje zebrane w niniejszym wniosku mogą zostać przekazane innym agencjom rządu federalnego, stanowego lub lokalnego celem ustalenia, czy przysługuje/nadal przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc, lub jeżeli jest to wymagane przez prawo federalne. Może także zaistnieć potrzeba przekazania tych informacji do innych programów Urzędu Ubezpieczeń Społecznych, jeśli Urząd Ubezpieczeń Społecznych będzie musiał ustalić, czy przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc w ramach tych programów.

Udzielone informacje mogą również zostać wykorzystane do porównania danych za pomocą komputera. Komputerowe programy porównawcze pozwalają nam na porównanie danych będących w naszym posiadaniu z danymi będącymi w posiadaniu innych agencji rządu federalnego, stanowego lub lokalnego. Wiele agencji może wykorzystać programy porównawcze w celu stwierdzenia i udowodnienia, że dana osoba kwalifikuje się do świadczeń ze strony rządu federalnego. Prawo zezwala nam na podejmowanie tego typu działań nawet wtedy, gdy Pan/Pani nie wyrazi na to zgody. Wyjaśnienia dotyczące tych i innych powodów, dla których udzielone przez Pana/Panią informacje mogą zostać wykorzystane lub przekazane dalej, można uzyskać w biurach Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. W celu uzyskania dokładniejszych informacji na ten temat prosimy o skontaktowanie się z dowolnym biurem Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa dot. ograniczenia używania formularzy papierowych – Zbieranie wspomnianych informacji spełnia wymagania ustawy 44 U.S.C. § 3507, łącznie z naniesioną poprawką w artykule 2 *ustawy z 1995 r. o ograniczeniu używania formularzy papierowych*. O ile nie przedstawimy ważnego numeru kontrolnego Urzędu Zarządzania i Budżetu, nie ma Pan/Pani obowiązku udzielania odpowiedzi na pytania. Według naszych szacunkowych obliczeń przeczytanie instrukcji, zebranie danych i udzielenie odpowiedzi na pytania powinno zająć około 30 minut. Uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasowych można wysyłać na adres: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Na adres ten prosimy wysyłać wyłącznie uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasu, a nie wypełnione wnioski.**

WYPEŁNIONY WNIOSEK PROSIMY WYSLAĆ NA ADRES UMIESZCZONY NA ZAŁĄCZONEJ OPŁACONEJ I ZAADRESOWANEJ KOPERCIE:

Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910